

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

5

Année 1898

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 26 octobre 1898, à 1 heure

Par ANDRÉ MAY

Né à La Varenne-Saint-Maur (Seine), le 2 juillet 1871

Ancien externe des hôpitaux

SUR UN TRAITEMENT MÉDICAL

DE

L'ULCÈRE HÉMORRHAGIQUE DE L'ESTOMAC

DIÈTE ABSOLUE — GLACE ABDOMINALE

LAVEMENTS PÉPTONISÉS — INJECTIONS DE SÉRUM ARTIFICIEL

Président : M. BOTAÏN, professeur.

Juges : MM. JOFFROY, professeur,

LANCEREAUX,

GILLES DE LA TOURETTE, } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

5

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 26 octobre 1898, à 1 heure

Par ANDRÉ MAY

Né à La Varenne-Saint-Maur (Seine), le 2 juillet 1871

Ancien externe des hôpitaux

SUR UN TRAITEMENT MÉDICAL

DE

L'ULCÈRE HÉMORRHAGIQUE DE L'ESTOMAC

DIÈTE ABSOLUE — GLACE ABDOMINALE

LAVEMENTS PEPTONISÉS — INJECTIONS DE SÉRUM ARTIFICIEL

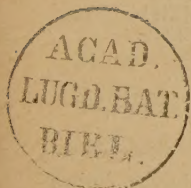
Président : M. POTAÏN, professeur.

Juges : MM. JOFFROY, professeur,

LANCEREAUX,

GILLES DE LA TOURETTE,

} *agregés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	BERGER.
Clinique des voies urinaires.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	{ GUYON.
	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CUASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

En arrivant au terme de mes études médicales, je saisis avec empressement l'occasion qui se présente à moi d'adresser mes plus sincères remerciements à mes maîtres dans les hôpitaux.

En m'enseignant l'art et les sciences médicales, ils m'ont appris à les aimer.

Qu'ils soient assurés de ma très vive reconnaissance et de ma respectueuse affection.

STAGE : M. le professeur Berger.

M. le Dr Gingeot.

M. le Dr Le Gendre.

M. le professeur Dieulafoy.

M. le professeur agrégé Troisier.

M. le professeur agrégé Gaucher.

M. le professeur Budin.

EXTERNAT : M. le professeur agrégé Pozzi.

M. le professeur agrégé Gaucher.

M. le Dr Landrieux.

Une grande partie des observations rassemblées dans ce travail a été recueillie dans le service de mon cher maître, M. le Dr Gaucher, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Je lui adresse l'expression de toute ma gratitude pour la bienveillance qu'il n'a cessé de me témoigner

pendant les deux années si fécondes que j'ai passées à ses côtés, m'enseignant la clinique et les sciences médicales et aussi par son exemple les devoirs et les vertus professionnels.

Tout récemment encore M. Gaucher a bien voulu me donner une nouvelle preuve de son affection. Je ne saurais trop l'en remercier.

Depuis longtemps M. le Dr Cadet de Gassicourt, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, m'honore de son amitié. Au cours de mes études, il n'a cessé de m'entourer de ses conseils, ils m'ont été d'un bien précieux secours. Je sais tout le prix de son estime et de son affection.

Mes amis les D^{rs} Th. Reblaud et E. Sergent ont guidé mes premiers pas à l'hôpital alors qu'ils étaient internes. Ils m'ont fait largement profiter de leurs connaissances cliniques. Je ne puis oublier qu'ils m'ont évité bien des difficultés qui se présentent à l'étudiant lorsqu'il aborde les malades pour la première fois.

Je prie M. le professeur Potain de vouloir bien agréer l'hommage de ma profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de ma thèse.

INTRODUCTION

Le traitement de l'ulcère de l'estomac a été de tout temps rempli d'incertitude. Il est encore à l'heure actuelle le sujet de nombreuses discussions.

Il n'y a pas d'ulcéreux, du moins de ceux atteints d'ulcère grave, d'ulcère hémorrhagique, qui ne fasse hésiter le médecin sur la conduite à suivre.

Le traitement de l'ulcère hémorrhagique est-il du ressort de la médecine ? S'adresse-t-il à la chirurgie ? Telles sont les questions qui se posent.

Les uns y répondent en se contentant des seules ressources médicales qu'ils aient à leur disposition. Les autres s'adressent au contraire aux différents procédés chirurgicaux.

Parmi ces derniers mêmes l'accord est loin d'être fait : trois groupes d'interventionnistes se sont formés.

Dans le premier on opère systématiquement, comme de parti pris pour toute hémorrhagie, quelle qu'elle soit, prétextant la récurrence possible d'un ulcère paraissant guéri, sa transformation possible en cancer.

Dans les deux autres groupes on a fait une distinction entre les hémorrhagies nombreuses, peu abondantes, qui amènent le malade à une cachexie lente par leur chronicité et les hémorrhagies peu nombreuses mais abondantes, profuses, qui mènent vite au collapsus. Certains n'opèrent que les

hémorrhagies chroniques, estimant que c'est le seul moyen d'être utile aux malades qui en sont atteints depuis longtemps déjà et alors, disent-ils, qu'aucun traitement médical n'a abouti. Certains, au contraire, veulent l'intervention rapide, immédiate pour toute hémorrhagie un peu abondante, se présentant même pour la première fois chez un malade plus ou moins bien portant jusqu'alors.

Cette opinion a été soutenue tout récemment encore par un des professeurs les plus éminents de la Faculté.

Dans une communication retentissante qu'il fit à l'Académie de médecine en janvier 1898, M. le professeur Dieulafoy (1) dit : « En face d'un malade qui est pris d'une de ces hématomèses qui lui a fait perdre d'un coup un demi-litre ou un litre de sang (sans compter le mélœna) et à plus forte raison si cette grande hématomèse se répète une deuxième fois à brève échéance, il n'y a pas un instant à perdre. Telles sont, à mon avis, les indications opératoires, dans les autres cas l'opération est discutable, elle n'est pas urgente. »

Nous ne voulons ni affirmer, ni infirmer en quoi que ce soit les différentes théories chirurgicales que nous venons d'énumérer, nous nous contentons d'apporter ici quelques observations inédites qui pourront peut-être servir aux malades atteints d'ulcère hémorrhagique de l'estomac en leur évitant des opérations toujours dangereuses et dont le résultat jusqu'alors est loin d'être encourageant.

Ayant eu l'occasion de voir à l'hôpital Saint-Antoine, dans

(1) DIEULAFOY, *Rapport à l'Académie de médecine sur l'intervention chirurgicale dans les hématomèses foudroyantes consécutives à l'exulceratio simplex de l'estomac.*

le service de notre excellent maître M. le professeur agrégé Gaucher, la suppression absolue par le seul secours de la médecine d'hématémèses extrêmement abondantes allant jusqu'à l'expulsion de un litre et demi de sang en une seule fois sans compter le mélœna, il nous parut intéressant d'étudier d'un peu près ce point de la thérapeutique. Nous pensions que, si nous pouvions réunir quelques observations montrant l'efficacité indéniable des ressources médicales à l'égard des ulcères hémorrhagiques, nous ne serions pas tout à fait inutiles aux médecins et aux malades.

Dans un premier chapitre nous ferons l'historique de notre procédé. Le principe en effet n'en est pas nouveau. Il diffère seulement par la façon dont nous nous en servons, les questions de détail que nous y avons apportées, extrêmement importantes puisqu'elles nous ont permis par leur ensemble de constituer un traitement qui a fait atteindre des résultats tout à fait satisfaisants.

Dans le chapitre suivant, après avoir rappelé très rapidement la pathogénie de l'ulcère de l'estomac, nous exposerons notre traitement dans son ensemble, puis nous essaierons de répondre aux objections qu'on lui a faites en prenant un à un chacun des moyens de lutte qu'il nous donne. Nous en ferons enfin le diagnostic, le pronostic.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Dès 1874, Williams (1) propose de nourrir les malades atteints d'ulcère de l'estomac par la voie rectale. Il dit que ceux qu'il a eu l'occasion de traiter s'en sont bien trouvés, que les symptômes du début : douleur, vomissements, hémorrhagies, ont disparu rapidement, que l'alimentation normale a pu être de nouveau supportée et cela assez rapidement.

En 1875, Fuchter de Bâle emploie le même traitement, mais à titre exceptionnel.

Spencer, Schaws en 1884 usent de l'alimentation rectale dans quelques cas assez rares.

Ewald insiste sur la facilité avec laquelle les œufs sont absorbés par le rectum.

Tacke (2) en 1889 emploie l'alimentation rectale. Il est tellement convaincu de sa nécessité que, pour supprimer plus sûrement l'alimentation par la bouche, il n'hésite pas à donner à ses malades une dose quotidienne de calomel qui détermine une stomatite mercurielle rendant impossible toute mastication ou déglutition.

(1) WILLIAMS, *The Lancet*, 1874.

(2) TACKE, *Deutsche med. Woch.*, 1889.

En 1870, Donkin (1) veut l'emploi régulièrement prolongé de ce mode d'alimentation dans les ulcères rebelles. Il fait garder à ses malades le repos absolu au lit. De deux heures en deux heures ou de six heures en six heures il fait donner un lavement nutritif composé de 75 grammes de lait ou de thé de bœuf, d'un jaune d'œuf, de 15 à 30 grammes de Brandy et de quelques gouttes de laudanum. Il revient à l'alimentation buccale au bout d'un temps variant entre dix et dix-neuf jours, continuant néanmoins les lavements pour donner bientôt enfin l'alimentation buccale seule.

Vincenti, Viegel, Wendt conseillent le même traitement.

Dans un travail qu'il publie en 1895, M. Tournier (2) se fait le défenseur du traitement systématique de l'ulcère de l'estomac par l'alimentation rectale. Il donne chaque jour quatre lavements contenant chacun quatre œufs et du bouillon salé.

L'année suivante, Ratjen (3) présente à la Société médicale de Hambourg l'estomac d'une malade morte d'appendicite et traitée précédemment par l'alimentation rectale pour un ulcère hémorrhagique. L'ulcère est absolument cicatrisé. La muqueuse au niveau de la cicatrice est aussi solide que dans tout le reste de son étendue.

Tout récemment, dans un rapport qu'il fit à la Société de thérapeutique, M. Lyon (4), s'occupant des hémorrhagies qui peuvent survenir au cours de l'ulcère de l'estomac, conseille

(1) DONKIN, *The Lancet*, 1890.

(2) TOURNIER, thèse de 1895.

(3) RATJEN, *Deutsche med. Woch.*, 1896.

(4) GASTON LYON, *Traitement de l'ulcère simple de l'estomac*. Rapport à la Société de thérapeutique, 189.

comme traitement : l'alimentation par la voie rectale aidée, s'il y a lieu, si les hémorrhagies sont très abondantes, d'injections de sérum artificiel.

Ces injections ne sont pas nouvelles. Elles ont été employées avec succès en 1887 par von Ziemmsen qui les recommande tout particulièrement dans les ulcères hémorrhagiques. M. le professeur Hayem en France, Leube, Libert et quelques autres médecins ont employé ce traitement dans de nombreux cas et en ont obtenu le meilleur effet.

On voit par ce qui précède que, depuis quelques années, le traitement médical de l'ulcère de l'estomac à forme hémorrhagique a fait un grand pas.

Cruveilhier avait fort bien vu la nécessité de donner un repos aussi complet que possible à l'estomac atteint d'ulcère, cependant il ne croyait pas pouvoir supprimer l'alimentation buccale, il craignait sans doute l'inanition rapide ; « si le repos
« de l'estomac peut et doit être absolu quant aux médica-
« ments, disait-il, il ne saurait l'être quant à l'alimentation.
« Le repos de l'estomac c'est la diète, c'est le régime, c'est
« un choix et une quantité d'aliments qui soient en rapport
« avec les instincts de l'estomac et qui passent pour ainsi
« dire inaperçus. Le régime lacté voilà le grand moyen de
« guérison de l'ulcère de l'estomac, le seul aliment dont cet
« organe puisse en général supporter la présence sans se
« révolter. »

Qu'arrivait-il alors ? On appliquait invariablement le régime lacté pour tout ulcère de l'estomac. Y avait-il des hémorrhagies ? Ces hémorrhagies étaient-elles abondantes, renouvelées, on imposait quand même le lait aux malades comme

étant le traitement spécifique de leur maladie et les accidents se répétaient entraînant fréquemment la mort.

Il semble qu'actuellement la médecine soit suffisamment armée pour pouvoir défendre les malades contre les accidents si graves de l'ulcère de l'estomac.

C'est du moins ce que nous allons essayer de montrer en exposant le traitement que nous avons en vue.

CHAPITRE II

Pathogénie de l'ulcère de l'estomac. — Source des hématomèses. — Traitement.

a) Pathogénie. — Le plus souvent l'ulcère de l'estomac est dû à une irritation des éléments glandulaires et interstitiels ayant bientôt déterminé une érosion.

A ce processus inflammatoire il semble qu'il vienne se joindre une altération du suc gastrique, une hypersécrétion qui « exerce une action corrosive sur le point *minoris resistentiæ*, transforme l'érosion en ulcère et s'oppose à la cicatrisation (1).

Ainsi se trouve constituée la lésion.

b) Source des hématomèses. — Elle peut atteindre les capillaires, les artères de la tunique sous-muqueuse, enfin des vaisseaux plus profonds, plus volumineux tels que la coronaire stomachique et donner lieu à des hémorrhagies dont l'abondance et la gravité sont en rapport avec le calibre de l'artère ouverte.

Au point de vue du traitement dont nous nous occupons ici, il n'y a pas lieu de distinguer, comme on l'a fait, des hémorrhagies aiguës, chroniques, d'intensité grande, moyenne, petite.

(1) GASTON LYON, *Traitement de l'ulcère simple de l'estomac*.

Nous laissons seulement de côté les hémorrhagies foudroyantes. Il est bien entendu que nous n'avons pas la prétention d'enrayer une gastrorrhagie dont la source est la rupture d'une grosse artère. Elle n'est plus un symptôme, c'est une véritable complication. Elle tuera le malade si rapidement que l'intervention chirurgicale seule aura une raison d'être si toutefois le temps nécessaire à l'opération ne manque pas au chirurgien.

Ce que nous voulons démontrer, c'est qu'en dehors de ces hémorrhagies qui tuent le malade en quelques heures, il nous est possible de tarir toute hématomèse, quelle que soit son abondance, sa gravité, par les procédés que nous employons :

c) *Traitement.* — Immobilité complète.

Application de glace sur la région épigastrique.

Diète absolue.

Alimentation rectale.

Injectons de sérum artificiel.

Lorsqu'un malade est pris d'hématémèse, il faut lui conseiller immédiatement le repos au lit dans le décubitus dorsal et lui faire garder une immobilité complète. Chaque mouvement qu'il fera pourra augmenter l'hémorrhagie ou la ramener si elle était arrêtée. Ce repos, cette immobilité absolus faciliteront certainement les chances de cicatrisation. En outre le malade atteint d'hématémèse dont l'estomac fonctionne mal depuis un temps plus ou moins long présente le plus souvent une anémie marquée, une anorexie très grande ; de plus on va le soumettre à une diète complète, à une alimentation rectale assez minime, on lui rendra donc un grand service en supprimant chez lui toute cause de fatigue musculaire, toute déperdition de force.

Aussitôt le malade couché, on lui appliquera sur la région épigastrique une vessie de glace. Elle agira comme hémostatique, elle calmera ces douleurs intenses paroxystiques qui se font sentir si péniblement. Toutefois il est bon de ne pas appliquer cette vessie de glace au hasard, de ne pas la poser simplement sur la région ; il ne faut pas non plus la maintenir par un lien qu'on attache à un cerceau de fer, posé sur le lit, dont le seul but est d'écarter les draps du malade en évitant ainsi tout contact douloureux. Dans ces conditions, la vessie de glace n'a aucune fixité, elle ne sert à rien.

On devra l'appliquer très soigneusement sur la région stomacale en l'étalant un peu à sa base et on la maintiendra bien en place par un bandage de corps en flanelle ou en toile, il sera assez large pour que le malade ne soit pas étreint.

Nous arrivons maintenant à une des parties les plus importantes de notre traitement, à la diète à laquelle il faut soumettre le malade aussitôt que l'hématémèse s'est produite.

Si on se reporte à ce que nous disions tout à l'heure à propos de l'ulcère de l'estomac on voit tout l'intérêt qu'il peut y avoir à imposer un repos stomacal absolu à un malade qui en est atteint et qui en présente tous les graves symptômes de douleur, d'intolérance, d'hémorrhagie.

En effet, au moment où l'hémorrhagie se produit, l'inflammation a atteint son plus grand degré ; l'hypersécrétion, si elle existe, est extrêmement abondante ; il est donc indispensable non seulement de favoriser l'hémostase, mais encore d'empêcher toute cause nouvelle d'irritation ou de trouble sécrétoire. La diète, en évitant la présence de tout aliment

quel qu'il soit dans l'organe malade, supprimera toute contraction musculaire et permettra la formation du caillot, elle évitera en même temps tout travail de digestion, ce qui diminuera rapidement l'hypersécrétion.

La diète, nous le répétons encore, sera donc absolue, on ne donnera rien au malade par la voie buccale, on n'oubliera pas que la seule absorption d'un peu de lait glacé pourrait rappeler la gastrorrhagie.

Nous l'avons fort bien vu pour une de nos malades : entrée à l'hôpital le 29 octobre 1897 après avoir eu le matin même une grande hématomèse elle fut mise aussitôt au repos le plus absolu, on appliqua de la glace à l'épigastre et on donna à l'intérieur du lait glacé. Or, bien que la malade ne prit chaque jour qu'une petite quantité de lait, elle eut le 5 novembre une hématomèse de 700 centimètres cubes. Malgré ce grave accident, on continua le régime lacté et le 13 novembre une nouvelle hématomèse se produisit de 1 litre et demi cette fois. On supprima alors d'une façon absolue toute alimentation par la bouche et depuis cette époque aucune hémorrhagie ne se produisit. Il y a aujourd'hui un an qu'on n'a pas eu à constater chez cette malade le moindre accident.

Une autre malade entre à l'hôpital à la suite d'hématémèses abondantes. A son arrivée on lui donne par jour un litre de lait ou bien d'eau glacée. Elle voit les graves accidents qui ont motivé son admission se renouveler jusqu'au moment où on lui impose la diète complète.

Une troisième malade, à la suite de gastrorrhagie considérable, se voit supprimer toute alimentation buccale dès l'apparition de ce grave symptôme. On n'a pas à signaler chez elle la moindre récurrence.

Il n'y a donc pas d'hésitation à avoir, il faut prescrire la diète complète contre tout ulcère hémorrhagique.

D'ailleurs dans une thèse récente sur le traitement chirurgical de l'ulcère hémorrhagique de l'estomac (1), nous voyons M. Savariaud la recommander comme moyen d'épreuve pour les malades qu'on serait tenté d'opérer. Nous sommes persuadé pour notre part que, si l'épreuve est suffisamment prolongée, on retardera indéfiniment l'opération.

M. Mathieu (2), discutant le rapport de M. Lyon à la Société de thérapeutique, dit que c'est un excellent moyen d'obtenir le repos complet de l'estomac et de supprimer l'hypersécrétion. Il trouve son emploi obligatoire en présence d'une gastrorrhagie.

Nous avons le bon espoir que les observations que nous avons eu la chance de recueillir donneront de nouveaux partisans à ce mode de traitement.

Mais il faut pouvoir nourrir les malades que l'on soumet à la diète. On aura recours aux lavements nutritifs.

On a beaucoup écrit contre ce moyen d'alimentation ; on a dit tout d'abord que le lavement nutritif n'était pas gardé que le malade le rejetait presque aussitôt introduit. Il semble bien facile cependant d'éviter cet écueil en donnant au préalable au malade un grand lavement de 1 litre d'eau bouillie, lavement évacuateur qui vide complètement le rectum et lui permet de recevoir le lavement alimentaire et de le garder.

(1) SAVARIAUD, *De l'ulcère hémorrhagique de l'estomac et de son traitement chirurgical*. Thèse Paris, 1898.

(2) MATHIEU, Remarques à propos du rapport de M. Lyon, sur le traitement de l'ulcère simple de l'estomac. *Bull. Soc. thérap.*, Paris, juin 1898.

On a objecté que l'intestin n'assimilait pas, qu'il est « incapable de modifier, de rendre absorbable un aliment quelconque, qu'il ne peut absorber que des substances minérales solubles ou des substances dialysables (1) » ; et on s'est étonné à juste titre de voir donner aux malades des lavements d'œufs et de lait. Pourquoi, en effet, le gros intestin absorberait-il ces substances puisqu'elles n'y sont pas assimilables directement et qu'il ne peut les modifier ? Il faut renoncer à introduire dans le rectum des aliments de cette nature, pour eux la muqueuse intestinale ne peut rien.

On doit considérer le gros intestin comme une membrane qui absorbe par osmose. « Quand l'intestin contient de l'eau, « une partie de cette eau pénètre dans le sang par diffusion, « exactement comme elle traverse la membrane d'un dialyseur contenant d'un côté de l'eau, de l'autre côté un liquide « albumineux comme le sang (2). » Il suffira d'injecter des substances dialysables telles que les peptones pour qu'elles soient assimilées. On doit savoir, disent MM. Viault et Jolyet dans leur *Traité de physiologie*, que les seuls lavements qui aient un effet nutritif réel sont les lavements peptonisés.

Aussi conseillerons-nous après le lavement évacuateur un lavement composé avec :

25 grammes de bouillon bien dégraissé,

25 grammes de vin,

deux cuillerées à soupe de peptones,

toutes substances qui seront bien absorbées, puisque, privé de toute sa graisse, le bouillon peut être considéré comme un

(1) DEBOVE et RENAULT, *Ulcère de l'estomac*, collection Charcot-Debove.

(2) VIAULT et JOLYET, *Traité de physiologie humaine*. Paris, Doin.

peptogène contenant des chlorures et des sulfates solubles, facilement dialysables. Le petit volume de ce lavement permettra à l'intestin déjà préparé de le garder sans difficulté.

On donnera chaque jour quatre lavements semblables, on pourra ainsi faire absorber sans fatigue une quantité assez grande de substances nutritives.

On a reproché aux lavements nutritifs d'irriter la muqueuse intestinale. M. Lyon, dans son rapport, dit que les lavements répétés provoquent quelquefois de la rectite et qu'on est obligé de les supprimer.

Il est assez facile de trouver la cause de cette irritation dans les formules qui furent employées pour les malades auxquels M. Lyon fait allusion. On ne s'étonnera pas par exemple que Donkin ait pu provoquer de la rectite à des malades qu'il nourrissait avec des lavements composés de lait, de jaunes d'œufs et de rhum ; le rhum devait avoir une certaine action irritante sur la muqueuse intestinale.

Nous devons déclarer qu'avec la formule que nous indiquons, on n'a pas eu le moindre accident à déplorer. Une de nos malades a subi nos lavements nutritifs pendant un mois, une autre pendant vingt-cinq jours, deux autres pendant vingt et quinze jours et jamais, nous le répétons, on n'eut à constater l'intolérance, ou la rectite.

Contre la soif du malade on donnera matin et soir un lavement de 100 centimètres cubes d'eau bouillie froide. Si néanmoins le malade est très altéré, on lui fera absorber dans le courant de la journée trois ou quatre cuillerées à café d'eau glacée, ou bien encore on lui fera sucer quelques pilules de glace très petites.

Au reste nous allons voir dans un instant que les injections de sérum artificiel auront entre autres effets celui de calmer la soif.

Les injections de sérum artificiel complètent très heureusement le traitement que nous indiquons. Elles ont été d'un merveilleux effet dans les quatre cas que nous avons pu observer.

On sait qu'à la suite d'une hémorrhagie, l'injection saline agit comme hémostatique en augmentant la coagulabilité du sang restant, qu'elle fournit à l'organisme qui a subi une perte de sang abondante des éléments suffisants pour lui permettre la reconstitution de ses éléments propres, qu'elle rétablit la masse du sang, relevant ainsi la pression sanguine et la circulation, produisant une excitation cérébrale et cardiaque.

On pourra donc tirer un grand bénéfice de l'usage d'injections de sérum artificiel chez un malade qui vient d'avoir une ou plusieurs hématomés, qui a subi une perte de sang considérable. Il n'y a pas de meilleur moyen de lutter contre l'anémie aiguë qu'il présente, la faiblesse de sa tension sanguine, le ralentissement de sa circulation, la dépression de son système nerveux. En outre ces injections régulièrement faites pendant toute la durée du traitement aideront à la nutrition du malade par les lavements peptonisés.

Aussi, dès l'apparition de l'hématémèse on injectera chaque jour régulièrement une quantité de solution saline variant entre 1000 et 1500 centimètres cubes. On fera ces injections en deux fois : une le matin, une le soir. On emploiera la formule de M. le professeur Hayem, soit :

Eau distillée	1 litre
Chlorure de sodium	5 grammes
Sulfate de soude	10 grammes

Pour faire les injections on pourra se servir de la seringue de Roux après l'avoir préalablement stérilisée. L'aiguille, après aseptie faite de la région, sera piquée une unique fois dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région abdominale ; on n'aura plus ensuite qu'à ajuster la seringue sur son aiguille autant de fois qu'il sera nécessaire pour introduire la quantité de solution voulue.

On continuera les injections pendant toute la durée du traitement. Dès les premières injections au bout de quelques jours, le pouls se relève, la circulation s'active, l'anémie diminue, la langue qui était sèche devient humide, la soif est moins vive. Le malade se sent renaître.

Pour parer à un accident suraigu, lorsqu'une hématomèse considérable est survenue, lorsque le malade est exsangue, qu'il a les extrémités froides, que le pouls est à peine perceptible, lorsqu'enfin on se trouve devant un état de collapsus, qu'il y a danger immédiat de mort, il ne faut plus alors se contenter des injections hypodermiques. Il faut avoir recours momentanément aux injections intra-veineuses. Elles agissent avec une rapidité remarquable, elles opèrent de véritables résurrections. On en sera quitte pour reprendre ensuite la voie sous-cutanée. On devra seulement redoubler les précautions antiseptiques.

Chez une des malades dont nous relatons l'observation, à la suite d'une hémorrhagie de plus de un litre et demi, survenue après d'autres hématomèses abondantes, on eut recours

à l'injection veineuse de solution saline, le résultat fut merveilleux. Malgré l'injection sous-cutanée de 3 centimètres cubes d'ergotine, malgré les injections de catéchine, d'œuf, la malade restait exsangue, avec les extrémités froides, un pouls à peine perceptible. On fit alors dans la saphène interne gauche au-dessus de la malléole, l'injection de un litre et demi de la solution saline. Le lendemain la malade était moins pâle, elle n'avait plus les extrémités froides, son pouls était plus perceptible, plus régulier. On n'eut plus alors qu'à injecter chaque jour dans le tissu cellulaire sous-cutané abdominal une certaine quantité de sérum et la malade vit bientôt disparaître l'anémie qui avait failli la tuer.

Nous en avons fini maintenant avec l'exposé de notre traitement. Nous croirions cependant être incomplet si nous n'ajoutions pas quelques indications qui pourront trouver leur intérêt en clinique.

On peut, en effet, se demander dans quels cas notre traitement est applicable, quelle doit être sa durée.

On ne l'emploiera pas bien entendu dans les ulcères ronds non hémorrhagiques, le régime lacté exclusif est suffisant.

Mais, en présence d'une hémalémèse et quelle qu'en soit l'abondance, il faudra sans retard avoir recours à la diète absolue. Il ne faudra pas perdre un seul instant. Dans trois de nos observations on retarda la guérison pour avoir hésité à mettre d'emblée les malades à la diète complète, avec l'espoir que le lait donné intégralement pourrait suffire.

On devra donc vaincre la répugnance qu'on peut avoir à imposer à un malade la privation de toute alimentation buccale, on n'oubliera pas que chaque jour de retard éloigne la

guérison et peut provoquer de nouveaux accidents d'une gravité irréparable.

On établira le traitement de façon à ce que les lavements nutritifs soient régulièrement espacés, que la glace abdominale puisse être fréquemment renouvelée pour produire un abaissement constant de la température locale.

Les injections de sérum seront faites à une assez grande distance des lavements nutritifs pour ne pas fatiguer le malade de toutes ces manœuvres thérapeutiques. On surveillera attentivement le cœur, le pouls, pour contrôler l'effet du sérum. On saura ainsi si la dose qu'on en injecte doit être maintenue, augmentée ou diminuée. En présence d'accidents très graves, devant un état de collapsus, on injectera sans tarder de 1000 à 1500 centimètres cubes de solution saline, par la voie veineuse en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques nécessaires ; on pourra s'aider en même temps d'injections d'éther, de caféine, si toutefois il n'y a pas de contre-indication à l'emploi de ces médicaments. On reviendra dès le lendemain aux injections sous-cutanées.

Le traitement sera suivi pendant trente jours. Au bout de ce temps on reprendra l'alimentation buccale en donnant d'abord une ou deux tasses à café de lait dans les vingt-quatre heures tout en continuant les lavements nutritifs. Après trois ou quatre jours d'épreuve on supprimera les lavements, on augmentera la dose quotidienne de lait qui sera de 1 litre puis de 2 litres. On pourra ensuite adjoindre au régime lacté les purées de pommes de terre ou d'autres féculents, les potages à la semoule, enfin on reviendra peu à peu à l'alimentation normale en laissant toutefois le malade à un régime

sévère qui exclura de son alimentation toute substance irritante ou difficilement digestible.

Si le malade reste quelque peu anémié, on lui donnera des lavements de sels de fer suivant la formule :

Protochlorure de fer. 0 gr. 20 centigr.

Des quatre malades qui ont été soumises à notre traitement, la première se porte absolument bien depuis un an. Elle ne ressent pas le moindre symptôme gastrique. C'est une ouvrière qui a un travail pénible et qui se nourrit plus ou moins bien.

Une autre a terminé son traitement depuis huit mois et n'a eu aucun accident.

Enfin les deux dernières sont en parfait état de santé l'une depuis trois mois, l'autre depuis deux mois.

CONCLUSIONS

1. — Les hémorrhagies qui se produisent au cours de l'ulcère de l'estomac sont justiciables d'un traitement médical. Exception faite des hématémèses dues à la rupture d'une grosse artère.

2. — Le traitement comportera :

L'immobilité complète.

La diète absolue.

L'application de glace sur l'épigastre.

Les lavements peptonisés.

Les injections de sérum artificiel.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite).

Ulcère hémorrhagique de l'estomac. — Trois hématomèses très abondantes dont l'une de plus de un litre et demi. — Traitement pendant un mois par la diète absolue, les lavements nutritifs, les injections de sérum. — Guérison.

La femme Ca.... 24 ans, confiseuse, entre à l'hôpital St-Antoine le 29 octobre 1897 (1).

Le matin même, elle a eu un vomissement de sang. Elle s'était levée comme d'ordinaire bien portante, elle avait pris du café et s'était rendue à son travail. Vers huit heures, elle mange un peu de pain et de fromage ; quelques instants après, elle éprouve du vertige, elle a des sueurs, puis brusquement, elle vomit du sang noir en grande quantité. La malade ne peut évaluer cette quantité, car le sang n'a pas été recueilli.

On la transporte salle Grisolle dans le service de M. le Dr Gaucher vers dix heures et on l'examine.

Elle est pâle, jaunâtre, le pouls est petit et rapide, les extrémités sont froides.

On interroge les parents de la malade qui donnent les renseigne-

(1) A son arrivée à l'hôpital, la femme Ca... est examinée par M. Lebard, externe, qui en prend l'observation.

ments précédents, car la malade elle-même ne répond que difficilement à voix basse.

On met un sachet de glace au niveau de la région épigastrique ; on donne des petits morceaux de glace à l'intérieur, le régime lacté absolu ; le repos absolu au lit est prescrit.

4 novembre. — La malade n'a pas eu de nouvelle hématomèse ; l'anémie est grande encore, mais le pouls est moins rapide et plus fort.

Nous apprenons que, depuis trois mois, cette malade éprouvait de violentes douleurs au niveau de la région épigastrique, douleurs « en coups de couteau » ; mais pas de douleurs rachidiennes. De plus, dans un espace de temps variant entre une demi-heure et une heure après les repas, elle avait la sensation de plénitude stomacale avec douleurs. Mais jamais il ne s'était produit de vomissements ou d'hématémèses.

La malade mangeait un peu de tout, elle buvait environ un litre de vin rouge chaque jour et quelquefois des liqueurs.

L'examen des autres organes est négatif.

Bien que du 29 octobre (date de son entrée) au 5 novembre la malade n'ait eu pour toute alimentation que 2 à 3 litres de lait par jour, elle a le 5 novembre une nouvelle hématomèse de 700 centimètres cubes.

On fait successivement des injections d'ergotine, de caféine, d'éther pour relever la malade qui était pâle, dont les extrémités étaient froides.

De plus on applique une vessie de glace à la région épigastrique et on donne du lait glacé à l'intérieur.

La température n'a pas été prise aussitôt après l'hémorrhagie, mais le soir, elle est de 37° 8.

Malgré la pâleur très accentuée et la décoloration de la peau et des muqueuses, malgré la fréquence du pouls, la malade soumise au régime lacté absolu et au repos au lit ne souffrait plus de l'estomac. La température oscillait entre 37° et 38°.

Le 11 novembre la température le soir est de 38° 2.

Le 13 au matin elle n'est plus que de 37° 2.

13. — Rien dans l'état de la malade ne faisait prévoir une nouvelle et considérable hématomèse qui eut lieu le 13 novembre à 7 heures du soir. Cette hématomèse était de 1 litre 1/2.

Malgré l'injection sous-cutanée de 3 centimètres cubes d'ergotine, malgré les injections de caféine, d'éther, la malade est exsangue, elle est dans le collapsus, les extrémités sont froides.

L'interne de garde appelé en toute hâte fait dans la saphène interne gauche, au-dessus de la malléole, l'injection de 1 litre 1/2 de la solution saline à 7 p. 1000.

Le lendemain on trouve la malade très pâle, son teint est jaune verdâtre ; mais les extrémités ne sont plus froides ; le pouls est à 140.

M. Gaucher fait supprimer toute alimentation solide et même liquide par la bouche. On donne à la malade par la voie rectale 6 cuillères à soupe de peptone liquide en 3 fois dans 40 à 50 grammes de vin. On met à demeure une vessie de glace sur la région épigastrique.

La température du soir est de 38° 8.

15. — Même alimentation rectale. De plus, le pouls restant à 140, on fait dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale une injection de 250 centimètres cubes de la solution saline à 7 p. 1000. Le pouls tombe aussitôt après à 120.

16. — Depuis le 13, les selles sont noires, goudronneuses ; elles exhalent une odeur repoussante, la gastrorrhagie était donc encore plus considérable que ne le faisait supposer l'hématomèse.

20. — Depuis le 15 on avait fait sous la peau une injection de 200 à 300 centimètres cubes de solution saline, mais le pouls est à 90 ; l'aspect général est meilleur, la température avoisine 37°, on supprime ces injections.

Il faut noter que depuis son entrée la malade n'a rien pris par la bouche ; mais elle a chaque jour 3 lavements renfermant chacun : deux cuillerées de peptone liquide et 40 grammes de vin.

28. — L'état général s'améliore, on donne 4 lavements de peptone au lieu de trois.

La température oscille entre 37° et 38° ; le pouls se maintient aux environs de 90.

14 décembre. — Depuis le 13 novembre, date de sa dernière hématémèse, c'est-à-dire durant un mois, la malade n'a absolument pris aucun aliment, soit liquide, soit solide par la bouche. Elle a été complètement nourrie par des lavements de peptone. Elle prend dans la journée un demi-verre de lait environ ; mais on continue les lavements de peptone.

17. — On donne une semoule au lait.

19. — On ne donne plus que 2 lavements et un potage à la semoule matin et soir.

23. — L'état général est de plus en plus satisfaisant, plus de douleurs stomacales ; le pouls est régulier, plein à 80. La température oscille autour de 37°. A cette date on supprime les lavements et on donne chaque jour 1 litre de lait, de la purée de pommes de terre, du riz, des potages à la semoule.

25. — La température qui était de 37° monte à 37°6, on met cette élévation sur le compte de l'alimentation, car l'examen de la malade ne donne aucun renseignement.

10 janvier 1898. — L'alimentation semi-liquide est continuée jusqu'au 10 janvier, ce jour on donne un peu de pain trempé dans du lait.

15. — On donne un peu de poulet.

A partir du 19 janvier, la malade reprend une alimentation ordinaire. Son état est excellent bien que persiste la décoloration de la peau et des muqueuses.

4 février. — On donne du fer en lavements suivant la formule :

Protochlorure de fer. 0 gr. 20

12. — La malade, qui depuis son entrée dans le service n'avait plus été réglée, voit de nouveau pendant 3 jours des règles peu abondantes, un peu pâles.

19. — L'état général est excellent. La malade a repris l'alimentation ordinaire depuis un mois sans éprouver de douleurs après les repas.

La malade présente un embonpoint assez considérable et peut être considérée comme complètement guérie.

OBSERVATION II (personnelle, inédite).

Ulcère hémorrhagique de l'estomac. — Deux hématomèses dont une très considérable. — Même traitement. — Guérison.

La nommée Félicie Sal..., âgée de 22 ans, domestique, entre à l'hôpital St-Antoine, dans le service de M. le Dr Gaucher, le 27 janvier 1898, à la suite d'hématomèses qui lui ont fait perdre une grande quantité de sang.

Réglée à 14 ans, la malade a eu ses règles très régulières jusqu'à l'âge de 18 ans ; à cette date pendant plusieurs jours, ses règles s'arrêtent. C'est à ce moment que débute la maladie actuelle : elle ressent alors des douleurs d'estomac très vives, après les repas, elle a des bouffées de chaleur à la tête. Un médecin est appelé, il fait le diagnostic de chlorose, il donne du fer et du quinquina.

Six mois après, elle ressent de nouvelles douleurs stomacales, on institue une nouvelle médication dont la base est le bicarbonate de soude.

Pendant deux ans, la malade continue son travail, souffrant de l'estomac par intermittence, prenant de temps à autre du lait et des médicaments variés.

Depuis l'âge de vingt ans, les douleurs sont devenues constantes, localisées à l'épigastre, au rachis ; des points de côté sont ressentis de temps à autre. Les douleurs sont exagérées par l'ingestion des aliments et assez souvent accompagnées de vomissements qui surviennent quelquefois aussitôt après les repas, d'autres fois au contraire, lorsqu'il s'est écoulé plusieurs heures depuis l'absorption des aliments.

J'avais cependant le visage très coloré, nous dit la malade, et je continuais à travailler. Mais depuis quelque temps, les matières fécales étaient noirâtres et fétides. Le 20 janvier, la malade a une syncope.

Le 21 janvier 1898, en se levant, elle vomit une certaine quantité de sang noir, elle constate de nouveau du méléna.

23. — La malade prend un verre d'eau de Janos ; elle veut se lever vers 10 heures du matin, quand elle est prise d'une nouvelle hématomèse très abondante (deux grands verres) ; elle tombe en syncope. L'hémorragie s'arrête alors pour reprendre lorsque la malade revient à elle, il en est ainsi à trois reprises différentes. On peut facilement évaluer à plus de 1 litre et demi la quantité de sang rendue successivement.

Un médecin appelé fait avaler à la malade de petits morceaux de glace et prescrit une potion.

La malade garde le lit et ne prend que du lait, du thé glacés.

Elle se décide à entrer à l'hôpital le 27.

27 janvier. — A son entrée salle Grisolle, la malade a le teint jaunâtre, les muqueuses buccales et gencivales sont décolorées ; les conjonctives sont bleuâtres. Les extrémités sont froides. Le pouls est régulier, mais rapide. On compte 140 pulsations à la minute. La température est de 37°8.

Le cœur est normal.

L'examen des poumons ne révèle rien d'anormal.

On ne trouve ni sucre ni albumine dans l'urine.

On met un sachet de glace sur la région épigastrique.

On donne à la malade 1 litre de lait ou d'eau glacée, deux lavements alimentaires renfermant chacun :

2 cuillerées à soupe de peptone liquide ;

40 grammes de vin.

1^{er} février. — La température qui, la veille, était de 37°2, est montée le 1^{er} au matin à 38°. Le pouls est à 140, la malade semble plus pâle encore, les yeux sont entourés d'un cercle bleu, on craint

une nouvelle gastrorrhagie ; les selles examinées sont couleur de suie et très fétides.

On injecte par la voie hypodermique 1 centimètre cube d'ergotine.

On supprime toute alimentation buccale ; on ne donne que quelques gorgées d'eau glacée dans la journée. On porte les lavements peptonisés qui étaient de deux à trois.

On continue à mettre de la glace sur la région épigastrique.

5. — La température descend en lysis, elle est maintenant à 37°. Le pouls est à 130.

On supprime les injections d'ergotine.

10. — La température est montée graduellement depuis le 8 à 38°6, mais l'examen des selles ne révèle pas de sang. Rien d'anormal n'est constaté à l'auscultation des poumons.

15. — La température est de nouveau à 37°. La malade ne souffre plus du tout de l'estomac ; l'anémie est encore très prononcée ; mais la malade n'a pas sensiblement maigri. On lui donne quatre lavements alimentaires au lieu de trois. Le pouls régulier, faible, est à 130.

20. — Pour augmenter la tension artérielle, on fait dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale une injection de 100 centimètres cubes de la solution saline.

Le pouls, qui avant l'injection était à 130, s'est abaissé, aussitôt celle-ci faite, à 110.

Le lendemain on fait une nouvelle injection de 100 centimètres cubes de sérum.

22. — Injection de 200 centimètres cubes de la solution saline.

Mais la malade très indocile se plaint et demande la cessation des injections pendant quelques jours.

Elle réclame à boire, à grands cris ; on lui donne alors par jour environ 1 litre de lait glacé ou de tisane d'orge.

26. — On injecte de nouveau 100 centimètres cubes de sérum.

L'état général s'est amélioré ; les pommettes sont un peu plus colorées, la malade se sent beaucoup mieux.

La température est à 37°.

Le pouls régulier, assez fort, donne 110 pulsations à la minute.

15 mars. — La malade prend chaque jour 2 litres de lait, de la purée de pommes de terre, des œufs à la coque à peine cuits. Elle ne ressent aucune douleur à l'estomac.

Le pouls est à 100. Il est très régulier, la température est de 37°.

10 avril. — L'alimentation normale a été reprise. On évite à la malade tout ce qui pourrait irriter la muqueuse de l'estomac. L'appétit est bon. La face est légèrement colorée. La malade engraisse.

1^{er} juin. — Nous revoyons la malade au mois de juin. Elle se porte tout à fait bien, elle se lève sans aucune fatigue. L'appétit est excellent. La peau est colorée. Le pouls est à 90, régulier, bien frappé. Le cœur ne révèle la présence d'aucune anomalie. L'auscultation des poumons est normale. La malade ne se plaint plus du tout de son estomac. Elle n'y ressent pas la moindre douleur. Ses digestions se font bien.

Elle quitte l'hôpital à la fin de juin pour aller en Eure-et-Loir.

En octobre, la malade est tout à fait bien portante.

OBSERVATION III (Personnelle, inédite).

Ulcère hémorrhagique de l'estomac survenu chez une femme entrée dans le service de M. le professeur DUPLAY pour des douleurs articulaires de l'avant-bras droit. — Deux hématomèses très abondantes accompagnées de méléna. — Traitement pendant 16 jours par la diète, les lavements nutritifs, les injections de sérum ; guérison.

La femme Andr... âgée de 24 ans, domestique, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, le 29 juillet 1898, avec des douleurs extrêmement violentes au niveau de l'avant-bras droit.

L'avant-bras est augmenté de volume depuis le coude jusqu'à la racine des doigts. L'articulation du coude est parfaitement saine. Au-

dessous la palpation permet de constater que toutes les parties molles de l'avant-bras participent au gonflement, on dirait d'un véritable phlegmon diffus, mais on ne constate pas la rougeur que détermine le phlegmon, il n'y a pas de température. Au dos de la main, il existe un véritable œdème.

Il s'agit là d'une affection peu fréquente que l'on a appelée le phlegmon rhumatismal et qui, chez notre malade, est dû à une blennorrhagie qu'elle présente depuis quelques jours.

On applique un pansement humide.

La malade n'attire notre attention sur aucune autre région. Elle ne se plaint d'aucun organe.

Rien ne pouvait faire supposer qu'on allait bientôt se trouver en présence d'accidents très graves dus à une lésion de l'estomac.

Dans la journée du 7 août, après le déjeuner, la malade ressent des douleurs intenses à la région épigastrique, c'est une vraie sensation de brûlure. Elle a de la céphalalgie, elle est très mal à l'aise.

A quatre heures, elle mange un potage sans appétit. Quelques instants après le malaise augmente. La malade devient très pâle. Elle a des nausées. Le soir, elle ne peut s'endormir. La température est de 36°1. Vers minuit elle vomit un verre de sang noir. L'hémorrhagie dure une demi-heure. En même temps elle rend des selles fétides, remplies de sang. Elle a plusieurs fois jusqu'au matin du méلœna.

8 août. — Le dimanche matin la malade est vue par M. Pierre Delbet qui remplace M. Duplay dans le service ; il porte le diagnostic d'ulcère infectieux. On met la malade à la diète absolue. On donne un lavement composé d'œufs et de lait, il n'est pas gardé.

La malade ressent de violentes coliques.

La température est de 36°5, le pouls est à 120.

Dans la nuit du dimanche, il se produit une nouvelle hématomèse. La malade rend un verre et demi de sang noir en caillots assez épais. La malade va 7 fois à la selle et chaque fois rend une assez grande quantité de sang.

9. — La malade garde le repos absolu au lit dans l'immobilité la plus complète ; on supprime toute introduction par la bouche d'aliment liquide ou solide. On donne quatre lavements par jour composés chacun de 2 cuillerées à soupe de peptone, 25 grammes de bouillon bien dégraissé, 25 grammes de vin. Ces lavements sont précédés d'un grand lavement évacuateur de 1 litre d'eau bouillie. La malade garde parfaitement ses lavements nutritifs.

10. — La malade est très faible. Le facies est pâle. Les conjonctives sont bleuâtres. Les yeux sont entourés d'un cercle noir. Les os de la face font saillie. La température est de 37°, le pouls donne 115 pulsations, il est irrégulier.

La malade se plaint de douleurs épigastriques.

On fait alors chaque jour l'injection de 500 cc. de solution saline dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région abdominale.

Nous recherchons s'il n'y a pas des antécédents gastriques. Voici ce que nous dit la malade :

Je ne me suis jamais bien portée. J'ai été élevée à la campagne, j'étais très chétive ; à 11 ans j'ai eu une rougeole très forte dont la convalescence a été longue. Réglée à 14 ans, mes règles sont toujours irrégulières, j'ai fréquemment des saignements de nez. A 16 ans, je ressens une très grande anémie ; je perds souvent connaissance. Mon estomac devient douloureux. Pendant trois mois je me mets au lait sur le conseil d'un médecin. Mais l'estomac continue à me faire mal. J'ai des nausées le matin. Les digestions sont très pénibles. J'ai souvent la sensation d'un poids sur l'estomac.

Nous commençons alors à nous expliquer ces hématuries.

En continuant notre examen nous constatons que la malade est extrêmement nerveuse. Elle a eu des crises de nerfs étant jeune fille. On lui aurait même donné des lavements médicamenteux pour calmer le système nerveux.

Elle a du reste des antécédents héréditaires au point de vue stomacal.

Sa mère souffre constamment de l'estomac, elle a des vomissements fréquents, un ictère chronique. Elle a beaucoup maigri depuis quelque temps. On peut se demander si la mère n'est pas atteinte de cancer.

Une des sœurs de notre malade est très dyspeptique.

13 août. — La malade est moins pâle, le pouls est à 110, il est régulier, assez bien frappé. On continue le traitement. Depuis le 10, on permet à la malade de sucer quelques très petits morceaux de glace contre la soif qu'elle ressent.

18. — La soif est moins vive. Il semble que le sérum agisse bien dans ce sens. La température est de 37, le pouls est à 110.

20. — On donne à la malade dans la journée un demi-litre de lait glacé, un demi-litre d'eau glacée. On continue les lavements. On supprime le sérum.

25. — La malade prend depuis le 23, 1 litre de lait, 2 potages à la semoule.

On ne lui donne plus que 2 lavements nutritifs.

On supprime alors complètement les lavements. On donne 2 litres de lait, des purées de pommes de terre.

30. — La malade insiste pour qu'on augmente son alimentation. On donne un peu de viande, des œufs à la coque, des purées.

5 septembre. — La malade s'en va au Vésinet; elle ne ressent plus aucun symptôme du côté de l'estomac. Elle a engraisé. La face est un peu colorée. On lui recommande de suivre un régime sévère.

OBSERVATION IV (personnelle, inédite).

Ulcère hémorragique de l'estomac. — Deux hématémèses, l'une de 750 centimètres cubes, l'autre de 1200 centimètres cubes. — Même traitement que précédemment. — Guérison.

La nommée Cl..., journalière, entre le 15 juillet 1898 à l'hôpital St-Antoine à la suite d'hématémèses très abondantes.

Elle est soignée, salle Grisolle, dans le service de M. le Dr Gaucher, suppléé momentanément par M. le Dr Sergent.

Le 7 juillet, c'est-à-dire 8 jours avant son entrée, la malade, après un malaise brusque, a perdu connaissance au milieu de la nuit. Elle a vomi deux grands verres de sang noir qu'elle évalue à peu près à trois quarts de litre. La nuit suivante elle a eu une nouvelle hématomèse très abondante cette fois puisqu'elle a rempli quatre verres au lieu de deux. En même temps elle a eu du méloëna.

Elle arrive à l'hôpital dans un état de faiblesse extrême. Les muqueuses sont décolorées, le pouls est faible, irrégulier, à 130. La température est de 38° 1.

Interrogée, elle nous apprend les accidents qu'elle vient d'avoir, elle nous dit que depuis quelques années elle ressentait des troubles dyspeptiques. Ses digestions étaient lentes, mais jamais elle n'avait eu de vomissements ou de douleurs.

Elle se nourrissait bien, mais sans faire aucun excès ; on ne relève aucun antécédent éthylique.

On applique de la glace sur la région épigastrique. On donne un litre de lait glacé dans les vingt-quatre heures.

16 juillet. — On constate la présence d'un peu de sang dans les selles. La température est de 37°8 le matin, 38° le soir.

17. — On supprime le lait, on donne par vingt-quatre heures trois lavements nutritifs composés avec :

deux cuillerées à soupe de peptone liquide,
25 grammes de bouillon bien dégraissé,
25 grammes de vin.

18. — On injecte par la voie hypodermique 500 centimètres cubes de sérum artificiel. La température est tombée à 37°4.

19. — On injecte 1 litre de sérum artificiel ; on continue les lavements, la température monte à 39°. On ne trouve rien de nouveau dans aucun des organes de la malade.

25. — La température qui a oscillé depuis le 19 entre 39° et 37° est

le matin à 38°6, le soir elle est de 39°. La malade est atteinte des oreillons. On continue le traitement institué le 19.

1^{er} août.—La malade n'a plus aucune douleur gastrique. Les selles sont nettes. L'anémie a diminué. Le pouls est à 100. La température est de 37°. Les douleurs parotidiennes sont très diminuées. On supprime les injections de sérum, on donne un demi-litre de lait glacé.

4. — On supprime les lavements, on donne deux litres de lait. La malade a bon appétit. Elle reprend quelques couleurs, on ajoute au lait les jours suivants un peu de purée de pommes de terre.

13. — L'alimentation normale est reprise à la grande satisfaction de la malade qui dit mourir de faim. Néanmoins elle a déjà repris de l'embonpoint. Le pouls est à 90, la température est de 37° matin et soir. Le cœur bat régulièrement.

21 septembre. — La malade se porte tout à fait bien. Elle ne demande qu'à quitter l'hôpital.

La malade quitte la salle Grisolles dans le courant d'octobre en parfait état de santé.

Vu :

Le Président de la thèse,
C. POTAIN.

Vu :

Pour le Doyen,
L'Assesseur,
C. POTAIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.	3
INTRODUCTION.	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique.	9
CHAPITRE II. — Pathogénie de l'ulcère de l'estomac. — Inflammation. — Hypersécrétion.	13
Source des hématémèses.	13
Traitement	14
Repos au lit, immobilité complète	14
Application de glace à l'épigastre	15
Diète absolue.	16
Lavements nutritifs	17
La formule qu'on devra employer	18
Moyens de calmer la soif du malade	19
Injections de sérum artificiel	20
Formule de M. le professeur Hayem	20
Injections sous-cutanées, injections intra-veineuses.	21
Diagnostic du traitement.	22
Pronostic du traitement.	23
CONCLUSIONS.	25
OBSERVATIONS	27

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier.
